



Dossier de candidature Formation initiale d'arbitre

1. ÉTAT CIVIL

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

E-mail du stagiaire :

Personne à contacter en cas d'urgence : Tél :

Licencié(e) : OUI NON

Si oui, N° de licence

Type de licence : Joueur Educateur Dirigeant (Certificat médical obligatoire)

(1) Partie à remplir OBLIGATOIREMENT dans son intégralité afin de pouvoir mettre à jour vos données, vous envoyer la convocation par courriel, ainsi que les attestations de formation.

FORMATION CHOISIE (par ordre de priorité)

Formation Arbitre Foot à 11

Formation Arbitre Futsal

	Choix 1	Choix 2	Choix 3
District			
Dates de formation	Du/..... au/.....	Du/..... au/.....	Du/..... au/.....
Lieu de la formation			



Dossier de candidature Formation initiale d'arbitre

2. PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA FORMATION

En fonction de votre situation, veuillez cocher les cases suivantes :

- Je vais payer personnellement ma formation
- **Chèque du montant de la formation** à libeller à l'ordre de la Ligue de Paris Île de France
 - **Virement Bancaire du montant de la formation**
- Les coûts de ma formation seront pris en charge par mon club.** Compléter l'autorisation ci-dessous

AUTORISATION
Je soussigné Mme/M.
Qualité (<i>entourez</i>) Président(e), secrétaire, trésorier(e)
Du club :
Adresse du club :
déclare que le club prendra la charge financière de la participation de Madame / Monsieur à la formation ci-dessous référencée
À :, le
Signature et Tampon du club

- Moyen de paiement : Chèque à libeller à l'ordre de la Ligue de Paris Île de France
- Virement bancaire IBAN : FR76 3006 6101 5100 0204 3180 154
Code banque : CMCIFRPP
Libellé : Nom de la formation + Lieu de formation + Nom du stagiaire

3. DROIT A L'IMAGE & AUTORISATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

CANDIDAT majeur	CANDIDAT mineur
Je soussigné(e), Mme, M. (1) : autorise/n'autorise pas (1) la F.F.F., la Ligue ou le District à utiliser des photos ou vidéos sur lesquelles j'apparais, réalisées sur les terrains ou lors des différentes formations d'arbitres à des fins de promotion de l'arbitrage. Ces images sont susceptibles d'être utilisées par ces entités sur différents supports (site Internet, réseaux sociaux, supports de formation, vidéos ...) et ce sans durée limitée dans le temps.	Je soussigné(e), Mme, M. (1) : Représentant légal de Autorise celui-ci à suivre une formation d'arbitre organisée par la Ligue Paris Ile-de-France de football. De plus, j'autorise/n'autorise pas (1) la F.F.F., la Ligue ou le District à utiliser des photos ou vidéos sur lesquelles il apparait, réalisées sur les terrains ou lors des différentes formations d'arbitres à des fins de promotion de l'arbitrage. Ces images sont susceptibles d'être utilisées par ces entités sur différents supports (site Internet, réseaux sociaux, supports de formation, vidéos ...) et ce sans durée limitée dans le temps.
(1) Rayer la mention inutile	



Dossier de candidature Formation initiale d'arbitre

4. PIÈCES JUSTIFICATIVES

LICENCIÉ(E) dans un club	NON LICENCIÉ(E) dans un club
Attestation de licence reçue par courrier électronique ou extraite de « mon espace FFF », ou preuve de l'octroi de la licence issue de l'application FOOTCLUBS	Certificat médical d'aptitude à la pratique sportive en compétition OBLIGATOIRE (pages 2 et 3 du dossier médical ci-joint)
	Attestation d'assurance responsabilité civile
	Photocopie document officiel justifiant de l'identité du candidat (pièce d'identité ; passeport ; carte de séjour)

- Deux chèques
 - o 1 chèque de 65€ au nom de la Ligue Paris Ile-de-France
 - o 1 chèque de 25€ au nom de la Ligue Paris Ile-de-France
- Ou
- Virement bancaire de 90€

** Cette formation est éligible à un bon de formation d'une valeur faciale de 25 €, offert par la FFF dans la limite de l'enveloppe attribuée à cet effet à chaque Ligue Régionale.*

Merci de vérifier auprès des équipes de l'IR2F si vous pouvez en bénéficier. Si tel est le cas, le 2nd chèque vous sera renvoyé sous condition d'être présent à ladite formation.

5. SIGNATURE

Fait à, le

Signature stagiaire (ou du représentant légal)

ou

Signature Club + cachet
(si la formation est prise en charge par le club)

Les données personnelles collectées dans ce formulaire sont réservées à l'usage exclusif de l'IR2F de la Ligue Paris Ile-de-France de football aux fins de transmissions des informations nécessaires à votre participation aux formations, dans le cadre de l'article 6.1.a du règlement européen en matière de protection des données personnelles. Tous les mails indiqués recevront les informations de l'IR2F. Il est entendu que vous pouvez vous désinscrire à tout moment. Les destinataires de données sont le responsable de traitement, ses services internes en charge de la gestion de la mailing liste, ainsi que toute personne légalement autorisée à accéder aux données. Le responsable du traitement est l'IR2F, formations@paris-idf.fff.fr - 01 85 90 03 70.

Vous disposez du droit de demander au responsable du traitement l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement relatif à la personne concernée, ou du droit de vous opposer au traitement et du droit à la portabilité des données. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Dossier à renvoyer impérativement à
Ligue de Paris- Ile de France
5 place de Valois
75041 Paris Cedex 01

DATE LIMITE DE RETOUR DES DOSSIERS :
5 jours avant le 1^{er} jour de la formation

!/ \ Nous vous informons que tout dossier incomplet sera refusé et retourné. Seuls les dossiers arrivés complets seront retenus et par ordre d'arrivée, les places étant limitées.

Ligue Paris Ile-de-France de Football

5 Place de Valois, 75001 Paris

Mail: arbitres@paris-idf.fff.fr - Web : <http://paris.idf.fr/>

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 11753285075 auprès du préfet de la région

Siret n° 302 981 279 00011 - Code NAF : 93.19Z



Nom : Prénom : Saison :

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

À remplir par l'arbitre préalablement à l'examen clinique

Avez-vous été hospitalisé(e) ? oui* non * précisez :

Avez-vous été opéré(e) ? oui* non * précisez :

Avez-vous des troubles de la vue ? oui* non * portez-vous des corrections lunettes lentilles

Souffrez-vous de diplopie (vision dédoublée par instant) ? oui non

Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité d'arbitre durant la dernière saison ?
 oui* non * précisez :

Avez-vous connaissance dans votre famille et survenu(e) avant l'âge de 50 ans d'un(e) ?

• pathologie neurologique, maladie cardiaque ou vasculaire oui* non * précisez l'âge :

• mort subite durant la pratique sportive ou non, y compris du nourrisson oui* non * précisez l'âge :

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort un(e) ?

• malaise/perde de connaissance oui non • palpitations (cœur irrégulier) oui non
• douleur thoracique oui non • fatigue/essoufflement inhabituel oui non

Avez-vous un(e) ?

• maladie cardiaque oui non • souffle cardiaque oui non
• maladie des vaisseaux oui non • trouble du rythme connu oui non
• été opéré du cœur/des vaisseaux oui non • hypertension artérielle oui non
• diabète oui non ne sait pas
• cholestérol élevé oui non ne sait pas

Avez-vous déjà eu un(e) ?

• électrocardiogramme oui* non * date et résultats :
• échocardiogramme oui* non * date et résultats :
• épreuve d'effort maximale oui* non * date et résultats :

Fumez-vous ? oui* non * nombre par jour ?
depuis quelle date ?

Avez-vous des allergies ? oui* non * précisez :

Prenez-vous un traitement régulièrement ? oui* non * précisez :

Êtes-vous suivi régulièrement par un dentiste ? oui non

Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ? oui* non * précisez :

Date de vaccination contre le tétanos ?

Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :

Je soussigné(e), M..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date :

Signature :



DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

3/7

Nom : Prénom : Saison :

EXAMEN CLINIQUE

ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX	
ALLERGIE(S)	
TRAITEMENT(S) EN COURS	

EXAMEN MORPHOSTATIQUE

Taille : (m/cm)	IMC :	Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide
Poids : (kg/g)	(Poids / Taille ²)	18,5 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	Plus de 40

EXAMEN SOMATIQUE

EXAMEN APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

EXAMEN APPAREIL RESPIRATOIRE

EXAMEN CARDIOLOGIQUE

● Selon l'avis du médecin, du cardiologue ou présence de signes fonctionnels : la fréquence des examens peut être modifiée et d'autres exigés

PRESSION ARTERIELLE	Nbre facteurs de risque (hors âge)	Âge <input type="checkbox"/> > à 50 ans	Selon le protocole établi : examens à effectuer	
Bras gauche :	<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Tabac	-	Moins de 18 ans	Aucun examen cardiaque à effectuer
		-	de 18 ans à +	Une seule fois par carrière : Échographie cardiaque > Cet examen exigé lors du 1 ^{er} DMA : est à réaliser dans un délai de 12 mois à partir de la date dudit DMA
		-	de 18 à 34 ans inclus	Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos > Cet examen exigé lors du 1 ^{er} DMA : aucun délai n'est accordé, il doit être présenté lors de ce 1 ^{er} DMA.
Bras droit :	<input type="checkbox"/> Hyperlipidémie <input type="checkbox"/> Obésité IMC > 30 <input type="checkbox"/> Autres	0 ou 1	de 35 à 50 ans inclus	Tous les 5 ans : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique
			de 51 ans à +	Tous les ans : ECG de repos Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique
		2 ou +	de 35 ans à +	Tous les ans : ECG de repos Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique (examen a minima -peut être complété)

ACUITÉ VISUELLE

● La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique de l'arbitrage

ŒIL DROIT	Sans correction :	Avec correction :	Mode de correction éventuel : <input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles
ŒIL GAUCHE	Sans correction :	Avec correction :	

CONCLUSION

Je soussigné(e),docteur en médecine à certifie avoir examiné Mme, Melle, M., arbitre de football, et constaté qu'il (elle) :

- ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage
- présente une contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage
préciser le motif :

Date de l'examen :

Signature et cachet :